Bitte legen Sie dieses Formular Ihrem Impfarzt rechtzeitig vor Ihrem nächsten Impftermin vor!

Vor der Impfung für jeden Impfstoff einzeln ausfüllen

Ärztliche Erklärung zur empfohlenen Impfung

Impfempfehlung

Ich, der unterzeichnende Arzt, empfehle für

……..

Name / Vorname / PLZ / Ort / Alter

die Durchführung folgender Impfung:

……..

Impfstoffname / Hersteller

Der Impfstoff besteht aus folgenden Inhaltsstoffen:

……..

enthaltene Antigene, Inhaltsstoffe, Stabilisatoren und Toxine

und ist frei von Verschmutzungen irgendwelcher Art.

Gesundheitszustand und Kontraindikationen

Der Impfling wurde von mir unmittelbar vor der Impfung sorgfältig untersucht und ist vollständig gesund.
Zudem wurden folgende mögliche Kontraindikationen sorgfältig von mir abgeprüft:

……..

Impfrisiko (zutreffendes bitte ankreuzen)

- o Ich sehe die Risiken von schweren Impfkomplikationen oder gar Impfschäden als derart gering an, dass ich bereit bin, die volle Haftung für etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen.
- o Da die von mir empfohlene Impfung nicht ganz frei von Risiken ist, bin ich nicht bereit, eine Haftung für etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen.
  Das Risiko haben allein der Impfling bzw. seine Erziehungsberechtigten zu tragen.

Mögliche Komplikationen

Um sicherzustellen, dass ich keine Impfkomplikation übersehe, habe ich mich ausführlich über mögliche Komplikationen der von mir empfohlenen Impfung informiert.

Folgende mögliche Komplikationen sind mir aus der Fachliteratur, insbesondere der Fachinformation des Impfstoffes, bekannt:

……..

Gesundheitszustand des Impflings

Zum Zeitpunkt der Impfung war der zu Impfende gesund, wovon ich mich durch eine ausführliche Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, dass er vor der Impfung keinerlei Krämpfe, sonstige neurologischen Störungen oder Allergien hatte.

Wirksamkeit (zutreffendes bitte ankreuzen)

- o Ich kann belegen, dass es für den von mir empfohlenen Impfstoff einen direkten Wirkungsnachweis gibt, wonach Geimpfte eindeutig gesünder sind als Ungeimpfte.
- o Ich kann nicht belegen, ob es für den von mir empfohlenen Impfstoff einen direkten Wirkungsnachweis gibt, ich vertraue jedoch – ungeprüft – den Angaben der Zulassungsbehörde.

Ich versichere weiter, dass der verabreichte Impfstoff **mindestens .... Jahre** lang die Krankheit gegen die er gegeben wird verhütet. Sollte die Krankheit, gegen die geimpft wurde, dennoch in dieser Zeit auftreten, so werde ich freiwillig und ohne vorherigen gerichtlichen Prozess vollumfänglich für den entstandenen Schaden aufkommen.

Alternativen

Ich habe nach bestem Vermögen alternative und nebenwirkungsfreie Methoden der Krankheitsprophylaxe auf ihre Tauglichkeit hin geprüft und bin dennoch der Ansicht, dass es zu der o.g. Impfung keine Alternative gibt. Auf entsprechende Fragen des Impflings gehe ich gerne ein.
Den o.g. Impfstoff verabreiche ich heute an die o.g. Person. Diese bzw. deren Erziehungsberechtigte bzw. deren Vormund wurde genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, aller möglichen Nebenwirkungen und unter Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels informiert.

Ort, Datum, Unterschrift des impfenden Arztes

Praxisstempel